

# Formulario para Cambios de Dirección

To: Laborers Health & Welfare Trust For Southern California  
Construction Laborers Pension Trust For Southern California  
Construction Laborers Vacation Trust For Southern California  
P.O. Box 3389  
Covina, CA 91722-5389

De:  Participante Activo     Participante Jubilado     Participante Garantizado Separado

Últimos (4) dígitos de su Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## Imprima a Continuación:

\_\_\_\_\_

Apellido del Miembro	Nombre de Pila	Inicial
----------------------	----------------	---------

Dirección Vieja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Nueva Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Nuevo Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
(incluya el área) (opcional)

Envíen cheques de Pensión a:  Nueva Dirección (proveída arriba) o  
 Dirección Diferente (proveída a continuación):

Dirección para cheques de Pensión:

\_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Envíen cheques de Vacación a:  Nueva Dirección (proveída arriba) o  
 Dirección Diferente (proveída a continuación):

Dirección para cheques de Vacación:

\_\_\_\_\_

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Fecha de Vigencia para el Cambio de Dirección: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

Firma del Miembro: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

1123 Park View Dr., Suite 200 • Covina, CA 91724  
Tel: (626) 279-3000 • Fax: (626) 279-3094